



EXPERIENCIA DE PADRES Y MADRES COMITENTES EN LA MATERNIDAD SUBROGADA: UN ABORDAJE CUALITATIVO

TRABAJO FIN DE GRADO



Autoras: Lucía López Uriarte,
Esther Miguel Delgado
Tutora: Ana Palmar Santos
Grado en Enfermería. Universidad
Autónoma de Madrid
Curso: 2020/2021

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	4
1.1. Clasificación de las técnicas de reproducción asistida	4
1.2. Maternidad subrogada	5
1.3. Contextualización legal internacional	7
1.4. Conflictos éticos	10
1.5. Implicaciones para la madre gestante y el niño	13
1.6. Maternidad subrogada en España	15
2. Justificación y objetivos	18
3. Metodología	20
3.1. Diseño de estudio	20
3.2. Ámbito de estudio, población y muestra	20
3.3. Muestreo y recogida de datos	22
3.4. Captación	23
3.5. Recogida de datos	24
3.6. Análisis de los datos	25
3.7. Cronograma	26
3.9. Limitaciones del estudio	27
4. Criterios éticos y de calidad	28
4.1. Criterios éticos	28
4.2. Criterios de calidad	29
5. Conclusión y futuras líneas de investigación	31
5.1 Implicaciones para la práctica clínica	31
6. Agradecimientos	32
7. Bibliografía	33
8. Anexos	37
ANEXO 1: Regulación y características de la maternidad subrogada en determinados países.	37
ANEXO 2: Hoja informativa y Consentimiento Informado (44)	39
ANEXO 3: Guion de entrevista	41

Resumen

Introducción: La maternidad subrogada se está convirtiendo en una de las técnicas de reproducción humana asistida más elegidas en los últimos tiempos. Esta práctica va acompañada de problemas legales, además de dilemas éticos, económicos y personales, siendo los más sensibles la explotación de la mujer, la mercantilización de los niños y de la maternidad. Sin contar con que existen también complicaciones biológicas y psicológicas derivadas de este tipo de maternidad para las gestantes. Todo esto hace que sea necesario analizar en profundidad el proceso.

Objetivo: Conocer la experiencia de las personas que emplean la maternidad subrogada para formar una familia.

Metodología: Estudio cualitativo dentro del marco teórico del interaccionismo simbólico. La muestra estará formada por personas que hayan utilizado la subrogación en la Comunidad de Madrid. La recogida de datos se hará mediante historias de vida. Se realizarán entrevistas en profundidad grabadas en sistema de audio y, posteriormente, transcritas para su análisis. El análisis de los datos se realizará siguiendo las fases propuestas por Taylor y Bogdan.

Conclusión: La investigación permitirá conocer en profundidad este fenómeno tan controvertido que es cada vez más empleado. Permitiendo desde el ámbito enfermero un abordaje mucho más individualizado y eficaz de estas familias.

Palabras clave: maternidad subrogada, subrogación, padres comitentes, madre subrogada, investigación cualitativa, rol parental, técnica de reproducción humana asistida.

Abstract

Introduction: Surrogate motherhood is an assisted reproductive technology that is becoming one of the most chosen options in the recent years. This practice is accompanied by legal problems, as well as a large number of ethical, financial and personal dilemmas, the most important are the exploitation of women, child trafficking and motherhood, not to mention that there are also biological and psychological complications for surrogates arising from surrogacy. All this makes it necessary to analyze the process in depth.

Main objective: Know the experience of people who use surrogacy to start a family.

Methodology: Qualitative study within the theoretical framework of Symbolic Interactionism. The sample will consist of people who have used surrogacy in the Community of Madrid. Data collection will be done through life stories. In-depth interviews will be recorded by an audio device, and then transcribed for analysis. The data analysis will be carried out following the phases proposed by Taylor and Bogdan.

Conclusions: this research will allow us to learn in depth about this controversial phenomenon that is increasingly used. Allowing from the nursing field a much more individualized and effective approach to these families.

Keywords: surrogate motherhood, surrogacy, intended parents, surrogate, qualitative study, parental role, assisted reproductive technique.

1. Introducción

La infertilidad es un problema de salud que afecta a alrededor del 15% de las parejas en edad reproductiva a nivel mundial y, aproximadamente, a 186 millones de personas. Esta se define como la incapacidad de conseguir un embarazo tras 12 meses o más de relaciones sexuales continuadas sin el uso de anticonceptivos. Podemos diferenciar dos tipos: la primaria, hace referencia a la imposibilidad de lograr un embarazo, mientras que la secundaria, es la incapacidad de lograrlo cuando ha habido una exitosa gestación previa (1).

En cuanto a la etiología de esta enfermedad, esta, se puede deber a factores intrínsecos femeninos, masculinos y mixtos, e incluso de origen desconocido. Además, la contaminación y los estilos de vida poco saludables, como son el tabaquismo, el consumo de alcohol o la obesidad, se han relacionado con una disminución de la fertilidad tanto en hombres como mujeres (1). También, el retraso en la edad gestacional ha provocado que muchas mujeres cuando quieren acceder a la maternidad su capacidad reproductiva ha disminuido muy notablemente (2).

El deseo de formar una familia que tienen todas estas parejas les lleva a buscar soluciones alternativas para poder concebir. Cuando se han intentado, sin éxito, todas las medidas terapéuticas, quirúrgicas y/o farmacológicas las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) se presentan como la principal opción para todas estas parejas (2).

Las TRHA son definidas por la Organización Mundial de la Salud como:

“Todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.”
(3, página 10)

1.1. Clasificación de las técnicas de reproducción asistida

Existen numerosos tipos de TRHA, algunas todavía en proceso de experimentación, la utilización de una u otra dependerá del origen de la infertilidad, de los medios que tenga el equipo que las realiza y de la permisividad o no que tengan cada una de ellas en el país en el que se pretende su realización (2).

Podemos diferenciar: (2)

1. Técnicas de fecundación in situ o intracorpóreas. La fecundación tendrá lugar en el interior del cuerpo de la mujer gestante. Como son: Inseminación artificial homóloga (IAH), inseminación artificial heteróloga o de donante (IAD) y la transferencia intratubárica de gametos (GIFT).
2. Técnicas de fecundación in vitro o extracorpóreas. La fecundación tendrá lugar en el exterior y, una vez formado el embrión, se introducirá en el útero de la mujer. Como son: Fecundación in vitro y transferencia de embriones (FIVET) e Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) y transferencia de embriones.
3. Otras técnicas y procesos asociados a las TRHA entre los que se incluye la maternidad subrogada, que es la única de todas ellas en la que tras la obtención de un embrión por fecundación in vitro (FIV), este se transfiere al útero de una mujer que se presta a gestarlo y que, una vez tiene lugar el nacimiento del niño, no ejercerá el rol de madre (4).

1.2. Maternidad subrogada

La maternidad subrogada se trata de una TRHA que se produce cuando una mujer gesta un embrión que ha sido formado por fecundación in vitro y que, posteriormente, entregará a una tercera parte. Esto incorpora todo un proceso legal que está relacionado con asegurarse de dicha entrega. La madre gestante, subrogada o sustituta (que será quien lleve a cabo la gestación) firma un contrato con los padres comitentes (los cuales asumirán la maternidad y/o paternidad del bebé). Este acuerdo en un principio parte de los padres comitentes, al ser los principales interesados (4,5).

Existen diferentes modalidades de maternidad subrogada:

Según la procedencia de gametos (6):

- Tradicional: cuando el óvulo es de la madre gestante y los espermatozoides son del padre comitente o de un donante.
- Gestacional: en este caso el óvulo nunca pertenecerá a la madre gestante. Por tanto, no existirá ningún tipo de vinculación genética entre la madre subrogada y el embrión. Los gametos pueden pertenecer a los padres comitentes o ser donados, pudiendo encontrar cuatro combinaciones posibles:

1. Óvulo y espermatozoides de los padres comitentes.
2. Óvulo de la madre comitente y espermatozoides donados.
3. Espermatozoides del padre comitente y óvulo donado.
4. Óvulo y espermatozoides donados.

Según las motivaciones de la madre gestante (5,7):

- Altruista: la madre gestante lo hace de forma gratuita. En algunos casos pueden recibir compensación económica por los gastos que pueda ocasionar el proceso.
- Comercial o lucrativa: la madre sustituta percibe una retribución económica por gestar al bebé.

La maternidad subrogada se ha realizado de manera informal desde hace mucho tiempo. Sin embargo, es a finales del siglo XX (1976) cuando se da a conocer el primer caso de subrogación tradicional. A partir de este momento comienza el desarrollo de la maternidad subrogada contractual y es en el año 1984 cuando tiene lugar la primera subrogación gestacional (2,5).

Desde mediados de los años 80 (siglo XX) la utilización de esta técnica de reproducción asistida ha ido en aumento (5). Esto se puede ver reflejado tanto en el incremento del número de casos a nivel internacional como en la aparición de agencias privadas en Estados Unidos, empezaron siendo 3 en 1980 y solo 6 años después habían duplicado su número y llegado a Europa. La función de estas agencias es ser el intermediario entre la mujer sustituta y los padres comitentes a cambio de una retribución económica (2).

En cuanto al número de casos registrados existe una gran diversidad entre los diferentes países, cuya causa principal es la regulación que tenga cada uno de la maternidad subrogada.

Un caso evidente de esto lo encontramos en Estados Unidos, donde hay registrados casi 31.000 casos desde 1997 hasta 2013, durante ese periodo los casos de maternidad subrogada transnacional aumentaron del 6% al 18,5%. O en la India, 25.000 niños/as nacieron por maternidad subrogada (según datos recogidos hasta 2012). En España por su parte, al no estar legalizada, no tenemos un registro fiable, pero se estima que podrían superar los 1.500 casos (por maternidad subrogada en el extranjero) hasta 2015 (8).

Esta técnica de maternidad subrogada ha ido evolucionando como opción a lo largo del tiempo con especial desarrollo en los últimos años debido, principalmente, a los cambios que se han producido en nuestra sociedad, que han hecho que aparezcan nuevos modelos de familia y, por tanto, nuevos posibles padres comitentes (2).

Tradicionalmente, la maternidad subrogada estaba orientada a aquellas familias heteroparentales que no tenían la posibilidad de gestar (2). Esta imposibilidad se podía deber a que el embarazo supusiera un riesgo para la salud de la mujer, numerosos abortos previos, ausencia de útero o alteraciones funcionales y/o estructurales que impidieran la gestación (5) como, por ejemplo, en los casos en los que la mujer se va a someter a tratamientos quimioterápicos agresivos (2). También para aquellas que, tras numerosos intentos de fecundación in vitro, no habían logrado la gestación (5).

Sin embargo, los cambios de modelo de familia hicieron que optaran por este tipo de técnica: las familias homoparentales masculinas o las femeninas sin capacidad de gestar; las familias monoparentales tanto masculinas como femeninas; cuando la mujer carece de capacidad reproductiva; por último, se incluyen también las parejas en las que uno de los progenitores es transexual (2).

La maternidad subrogada es utilizada por estas familias debido a que en algunos países está prohibido el empleo de técnicas de reproducción asistida a parejas homosexuales o personas solteras (9). Además, la adopción no siempre es una opción factible, ya que muchos países tampoco tienen permitido el acceso a las familias homoparentales y monoparentales (10). A pesar de estos cambios, las parejas heterosexuales en las que la mujer es infértil siguen siendo las principales demandantes (11).

1.3. Contextualización legal internacional

A nivel internacional, la legislación sobre la maternidad subrogada en cada estado es muy diferente. Pudiendo estar prohibida, como ocurre en la mayor parte de los países europeos, o regulada según la finalidad de la mujer gestante. Hay países en los que solo se permite si es de tipo altruista y, en otros, sendas opciones (subrogación comercial y onerosa) (Tabla 1). Además, algunas naciones no solo tienen en cuenta las motivaciones que llevan a los padres comitentes a recurrir a la maternidad subrogada sino también el tipo de familia o la nacionalidad de estas (12). Se puede ver con mayor profundidad en el Anexo 1.

Tabla 1: Situación legal de la maternidad subrogada en algunos países del mundo.

Permitido: Comercial	Permitido: Altruista	Prohibido	No está regulado
Ucrania Rusia EE. UU. (Algunos estados) México (Algunos estados)	Tailandia India Reino Unido Grecia Australia Canadá	Francia España Alemania Suiza Canadá (Quebec)	Bélgica Brasil

Fuente: Elaboración propia a partir de los trabajos de Campos Herreros et al. y Aznar et al. (5,8)

La variabilidad en la permisividad de esta práctica junto con la globalización ha provocado que muchas personas recurran a esta vía optando a ella en países en los que está permitido, aunque no sea el suyo. De esta forma, viajan y se incorporan a todos los trámites necesarios en otros países para llevar a cabo la maternidad subrogada. Esto se conoce como “turismo reproductivo”, “exilio reproductivo” o “turismo procreador”. En otras ocasiones, esta emigración, no es producto de una prohibición sino la posibilidad de optar a la maternidad subrogada con condiciones de acceso menos exigentes o costosas (económicamente hablando) que en sus lugares de origen. Además, como ya se ha comentado, puede tratarse de la única vía para determinados modelos de familia que tienen restricciones de acceso como pueden ser las familias no heteroparentales (10).

Este proceso, por tanto, no está exento de dimensiones políticas, éticas y legales con amplia discusión social, sanitaria y legal como puede ser la consideración de la explotación del cuerpo de la mujer, planteamientos sobre la mercantilización de estos bebés o el cuestionamiento sobre la falta de regulación y de protección de estas mujeres y niños (7).

La consideración de esta modalidad como “turismo reproductivo” derivada de la falta de regulación única a nivel internacional, provocan conflictos a nivel legal, entre los que se encuentran problemas de filiación de los niños en las naciones en las que existe reglamentación en contra. En estos países el conflicto tiene lugar entre los padres comitentes y el Estado, ya que este último, en ocasiones, no les reconoce la maternidad o paternidad del bebé gestado por subrogación (caso Paradiso y Campanelli en Italia). Además, pueden surgir problemas en la determinación de la nacionalidad, como ha

ocurrido en ocasiones en España. Por otro lado, en los países que está permitido, los problemas de filiación parten de una falta final de acuerdo entre los padres comitentes y la madre gestante (muy conocido fue el caso Baby M) (10).

El “turismo reproductivo” causado por precios más económicos y regulaciones más permisivas en algunos lugares, llevó a países como Tailandia o la India a ser los más reclamados para llevar a cabo procesos de subrogación. La excesiva demanda y la divulgación de casos con gran repercusión social hizo que tuvieran que restringir el uso de la práctica a los ciudadanos nacionales (caso de la India en 2015), o permitir únicamente la modalidad altruista (caso de Tailandia en 2016). Esta modificación en la legislación supuso que Ucrania y Estados Unidos se convirtieran en los países más populares para la subrogación (4).

Ucrania es el referente europeo de la maternidad subrogada, tal es el caso que se le ha llegado a denominar “el útero de Europa”. La causa de esto no es solo que Ucrania sea uno de los países europeos con menor renta per cápita y con una regulación más laxa, sino que también es debido a las dificultades políticas y económicas originadas por la crisis del año 2014 (4). Esto apoya lo que algunas corrientes defienden sobre la maternidad subrogada, y es que es un ejemplo más de explotación de los países occidentales a los países en vías de desarrollo, ya que muchas mujeres recurren a ella por ser una fuente elevada de ingresos (10). Es el destino principal de los españoles, por su proximidad y coste.

Estados Unidos, en cambio, se considera un destino no al alcance de todos por los servicios que ofrece, que se consideran de alta calidad. Muchas familias eligen EE. UU. porque el acceso no se restringe atendiendo a su orientación sexual, edad, motivos de infertilidad o estado civil de la pareja. Además, tienen la posibilidad de elegir a la madre gestante que comparta aspectos culturales con ellos e incluso interactuar y comunicarse con ella. Otro aspecto atrayente para los padres comitentes es la posibilidad de escoger entre diferentes óvulos atendiendo a raza, nivel cultural y educativo de la donante, pudiendo incluso llegar a conocerla. La mayor seguridad en las prácticas médicas supone un incentivo. Así como la mayor facilidad a la hora de otorgar la ciudadanía del bebé y la paternidad/maternidad de los padres comitentes. Al existir la posibilidad de escoger a mujeres cuya fuente de ingresos principal no sea la subrogación, las parejas pueden considerar que se está asegurando la no explotación de los grupos vulnerables (13).

Acudir a EE. UU. es una opción únicamente para personas con alto nivel adquisitivo por su elevado coste en comparación con otros países como Ucrania (13).

Como hemos dicho anteriormente, el 20% de los casos de maternidad subrogada en EE. UU. se realizan para familias extranjeras, siendo los españoles uno de los principales clientes de esta nación (13).

La Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva, en el documento “Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion”, indica cuáles son los criterios que deberían cumplir los padres de intención para acceder a la maternidad subrogada, así como, las recomendaciones para escoger a una adecuada madre gestante. Los padres comitentes deben pasar un cribado que atenderá a sus motivos de acceso y a un examen médico y genético, cuando quieran aportar sus gametos. Además de una evaluación psicológica para llevar a cabo el proceso. Por otro lado, para escoger a la madre gestante se tendrán en cuenta criterios como: su estilo de vida, su edad y su historia obstétrica. Al igual que los futuros padres deberán pasar por una evaluación psicológica y un examen médico y genético (14).

1.4. Conflictos éticos

Todas las técnicas de reproducción asistida han desencadenado grandes debates éticos entre la población, los gobernantes y legisladores y la comunidad científica. No obstante, la maternidad subrogada está dotada de un cariz especial que ha provocado que, aunque sea una TRHA que lleva practicándose desde hace mucho tiempo, mantenga la disputa viva todavía hoy en día.

Como el resto de TRHA, se puede considerar una práctica “antinatural”. Sin embargo, como podemos ver, la controversia que acompaña a la maternidad subrogada nace del conflicto que genera la posible mercantilización de los niños y explotación de la mujer (7).

Su importancia es tal que muchos organismos internacionales se han tenido que manifestar en torno a este tema. Un ejemplo de ello es el Parlamento Europeo que en el año 2015 emitió un informe en el que condenaba la realización de esta práctica. Además, la Conferencia de la Haya sobre Derecho Internacional Privado denunció las posibles amenazas que podrían derivarse de la subrogación: riesgo de rechazo o tráfico de niños,

vulneración del derecho de los menores a conocer sus orígenes, pérdida de autonomía de la madre sustituta y prácticas inadecuadas de las agencias intermediarias. Indirectamente la Organización de Naciones Unidas (ONU) también se ha pronunciado al regular el tráfico de niños y la trata de mujeres (7).

En cuanto a la mercantilización de los bebés, el debate nos lleva a lugares como California en los que se practica la subrogación comercial. Esta modalidad implica el pago a la madre gestante, a las clínicas o incluso a las agencias que hacen de intermediarias por un producto final que, en este caso es un niño (13). La pregunta que constantemente subyace es si con estos procesos se le está poniendo precio a una vida.

La explotación de la mujer es otro punto que suscita mucho debate. Como hemos comentado, este proceso conlleva altos gastos para los padres comitentes por lo que muchos de ellos recurren a países donde los precios de la subrogación son mucho más asequibles (10). Se ha visto que lugares como Ucrania, India y Tailandia (estos dos últimos, antes de los cambios en la legislación), se convierten en verdaderos focos de atracción para estas prácticas (4). Esto se debe no solo a la elevada demanda de este servicio, sino también a que muchas mujeres recurren a este negocio a cambio de dinero para mantener a sus familias o bien obligadas por las mismas para que constituyan una entrada de dinero en el núcleo familiar. En los países en los que existe la modalidad altruista se han visto casos de mujeres que se ven obligadas a ejercer de madre gestante para miembros de su familia (15).

A pesar de que estos dilemas son los más sensibles, existen otras variables que complejizan aún más el debate y los cuestionamientos sobre estas prácticas, y es la existencia de agencias que regulan los procesos, los cauces legales, la viabilidad en función de precio, directivas o brechas administrativas, aumentando la dificultad de concluir si es una práctica ética o no.

Los acuerdos o contratos que se firman entre las partes interesadas y, en ocasiones, con estas agencias, solo el 40% de los mismos concluyen con el nacimiento del bebé. En ellos se establecen las condiciones que se deben respetar durante el proceso de gestación y tras el nacimiento. Como en todas las TRHA, se implantan múltiples embriones y, en caso de que se desarrollen más de dos, se les obliga a abortar los “sobrantes”, si nacen dos bebés el precio a pagar será mayor. Sin embargo, los ciclos de tratamiento de fertilidad que no concluyan exitosamente en ocasiones no son retribuidos a la mujer (16). Además, la

madre gestante puede sufrir consecuencias económicas si decide incumplir alguna de las partes del contrato (17).

En EE. UU. las libertades de la madre gestante están menos limitadas que en otros países (17) como Israel, Ucrania o Tailandia en los que los padres de intención pueden, mediante los contratos, prohibir a la madre salir del país, continuar viviendo en su residencia habitual, mantener relaciones sexuales, fumar o comer ciertos alimentos. En algunos contratos los padres comitentes estipulan cómo va a ser el nacimiento del bebé, parto natural o cesárea programada, con el fin de estar presentes (16). En EE. UU., la decisión parte de la madre gestante, quien podrá determinar si los padres de intención estarán o no para mantener su intimidad (17). No obstante, por ejemplo, en México, es el equipo médico quien lo dictamina (18). También pueden indicar su deseo de que el bebé se alimente de lactancia materna hasta su llegada (16).

Los futuros padres pueden elegir no conocer a la madre gestante y que sea la agencia quien se encargue del proceso. Cuando sí que se establece una relación este vínculo se suele romper tras el nacimiento. No obstante, es cierto que la ruptura de este es mucho más drástica cuando la maternidad subrogada es transnacional y hay grandes diferencias sociodemográficas entre ambas partes (16).

Los padres de intención pueden recibir la información sobre la evolución del embarazo por parte del equipo médico o de la madre gestante, esto también será acordado en el contrato. Además, podrán decidir el número de visitas que quieren realizar a la madre sustituta, así como si quieren recibir imágenes de las ecografías, o si prefieren acompañarlas a las visitas de seguimiento (17).

En cuanto a los conflictos morales que puede suponer para la pareja este tipo de decisiones, las agencias cuentan con una estrategia de abordaje que permite paliar estos aspectos describiendo a las madres gestantes como mujeres generosas y cuya intención es aumentar su nivel de vida, pero nunca como ingresos principales. Describen el proceso como un camino en el que se benefician ambas partes, sin hacer alusiones a las dificultades que puede acarrear la vuelta al país de origen con el niño o los riesgos que conlleva tanto para la madre como para el feto el embarazo y el parto. Las agencias argumentan que la diferencia de precio en la maternidad subrogada está relacionada con el valor de la moneda de cada país y no con una peor calidad en la atención médica. Todas

afirman contar con los mejores equipos médicos y los recursos más avanzados (11). Incluso hay agencias como BioTexCom o Feskov, que ofertan la posibilidad de realizar algunas prácticas prohibidas en otros países, como, por ejemplo, la elección del sexo del bebé (19, 20). En Israel, se ha llegado a ofrecer la posibilidad de transferir embriones a dos madres sustitutas con el fin de tener más oportunidades de éxito del embarazo. Esta práctica es conocida como “gestación subrogada gemela” o “twibling” (16).

La publicidad en sus páginas webs presenta este tipo de maternidad como una experiencia única, similar a unas vacaciones, en la que viajan al país en el que se va a llevar a cabo. En los viajes incluyen asesoría legal, ayuda en la preparación del viaje, atención personalizada y acompañamiento, enfermera y hasta cuidadora para los niños. También pueden contratar la opción de alojamiento de las madres gestantes en hogares propiedad de la agencia, con el objetivo de que estén vigiladas todo el día. Además, algunas agencias captan donantes de óvulos en países en vías de desarrollo, al ofrecerles unas vacaciones pagadas en India, Tailandia o Nepal tras donarlos (11,16).

Todo esto es ofertado en “paquetes” o “programas”, cuyo precio varía en función de los servicios incluidos. Se publicitan además en ferias de maternidad subrogada como pudimos ver en el año 2017 en Madrid (“Surrofair”). Allí acuden las parejas para conocer los diferentes servicios y precios que ofertan las mismas en los diferentes países (21).

1.5. Implicaciones para la madre gestante y el niño

La literatura ya describe que no se trata de un proceso inocuo y son muchas las complicaciones que pueden derivarse de un embarazo y el proceso posterior. Estas pueden ser de cualquier índole: físicas, psicológicas o sociales (22).

Los riesgos a los que se expone la madre gestante al acceder a llevar a cabo la gestación incluyen algunos físico-clínicos comunes a cualquier embarazo, como pueden ser: trastornos hipertensivos, infecciones del tracto urinario, incontinencia de esfuerzo, diabetes gestacional o hemorragia postparto. Sin embargo, en el caso de la maternidad subrogada debemos añadir el factor agravante de las técnicas de reproducción asistida empleadas que, dependiendo del entorno donde se dé, aumentan el riesgo de embarazo múltiple. Esto se debe a que en ocasiones en vez de transferir a la madre un único embrión, como recomiendan la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva y la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología, se emplean más para aumentar las

posibilidades de embarazo (22). Además, la TRHA empleada en la maternidad subrogada (fecundación in vitro con transferencia de embriones (FIVET)) se ha relacionado con porcentaje alto de aborto (25%) (8).

A todo esto, hay que añadir que, en países, como por ejemplo México, el nacimiento se realiza por cesárea. Esta práctica se basa en la idea de que el parto vaginal fomenta un vínculo afectivo mucho más fuerte entre la madre gestante y el recién nacido, que no está recomendado debido a que haría mucho más difícil la separación. En el estudio realizado en este país, se observó que los padres de intención deseaban que las madres sustitutas fueran las que decidieran sobre el nacimiento (parto vaginal o cesárea). No obstante, esa posibilidad de elección no existía, si no que era el médico quien decidía, sin dar opción a la mujer, en un sistema donde no hay una cultura de negociación entre profesional sanitario y paciente en relación con las alternativas de manejo terapéutico (18).

Además, las complicaciones pueden no afectar únicamente a la gestante, sino que también al bebé (23) y es en estos casos en los que tienen lugar los conflictos entre la madre sustituta y los futuros padres. Cuando se descubre que el niño presenta algún tipo de anomalía, no está del todo claro quién debe tomar la decisión sobre el aborto, si la madre gestante o los futuros padres. Parece que, cuando se trata del modelo altruista, corresponde a la madre gestante decidirlo. Mientras que en el modelo comercial son los padres comitentes quienes tomarían la decisión, ya que normalmente, antes del embarazo se decide qué se hará en el caso de anomalía fetal (24).

También pueden aparecer complicaciones psicológicas. El vínculo que se establece entre la madre gestante y el niño ha sido uno de los temas más estudiados en la maternidad subrogada. Sin embargo, existe discrepancia sobre si origina problemas psicológicos en la madre sustituta o no. Aquellos que piensan que sí que existe malestar psicológico asociado a la ruptura del vínculo, consideran que se debe a la prohibición explícita de generar lazos con el bebé que está gestando. Tanto es así que un 10% de las madres gestantes necesitan terapia psicológica para superarlo (25). Mientras que los que consideran que esta ruptura no genera problemas a la hora de renunciar al bebé, defienden que desde un primer momento no se establece ningún tipo de lazo afectivo al considerarlo un trabajo. Otras corrientes opinan que, el bienestar psicológico de la madre gestante se ve más afectado por los estigmas sociales, el mantenimiento de la maternidad subrogada

en secreto o por falta de apoyo que por la ruptura del vínculo. Esta falta de apoyo social se ha relacionado con niveles más altos de depresión (26,27).

La mayor parte de los estudios se han realizado en Europa y EE. UU., donde los derechos de las madres gestantes están mucho más protegidos. Además, en los países del primer mundo, en contraposición con los países que se encuentran en vías de desarrollo, las madres gestantes suelen contar con apoyo psicológico lo que se relaciona con tasas más bajas de depresión y tristeza postparto (26, 27).

Otro factor que puede estar relacionado con el malestar psicológico es la relación que existe entre los futuros padres y la madre gestante, se ha observado una mayor lucha emocional en las mujeres que no los conocen o que rompen el lazo tras el parto (28).

Por último, si atendemos a las consecuencias a largo plazo, algunos estudios consideran que pueden desarrollar depresión, ansiedad o tendencias suicidas, entre otras (8). Mientras que otros defienden que no existe malestar psicológico y que, se sienten satisfechas con la decisión tomada (26, 28).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, sobre los niños, tampoco hay acuerdo. Podemos encontrar corrientes que defienden que no se han encontrado diferencias significativas con respecto a los niños nacidos por un embarazo natural o por técnicas de reproducción asistida (8) y otras que opinan que existen problemas de identidad al inicio de la infancia que posteriormente acaban desapareciendo (26).

1.6. Maternidad subrogada en España

La maternidad subrogada es empleada en nuestro país por parejas homoparentales, personas solteras y parejas heteroparentales con problemas de fertilidad (2).

En las últimas dos décadas, la fecundidad se ha reducido considerablemente, sobre todo en los países del sur y este de Europa. Aquí podemos destacar a España, donde se ha visto un descenso importante en los nacimientos desde finales del siglo XX, ha pasado de ser uno de los países con la Tasa de Fertilidad Total más elevada de Europa a tener una de las más bajas a nivel mundial. Esto se puede ver reflejado en la Tasa de Fertilidad Total de España, donde en 1976 era de 2.8 niños por mujer, mientras que en 1996 ya había disminuido hasta 1.16. Aumentó sus cifras ligeramente a principios del siglo XXI, encontrando en 2008 una tasa de fertilidad de 1.44 niños. Sin embargo, con la llegada de

la crisis económica entre 2008 y 2015 volvió a disminuir hasta 1.33, cuando la media de edad de las madres primerizas en España era de 31,9 años, mientras que en la Unión Europea era de 28,8 años. En 2020 la Tasa de Fertilidad Total de España continúa siendo de 1,3 niños por mujer (29, 30).

El descenso de la fecundidad es debido a la necesidad de aplazar la maternidad/paternidad. En el año 2018 el 42% de las mujeres en edad fértil mencionaron la necesidad de retrasar, más de lo que hubiesen deseado, el nacimiento de su primer hijo (83% de las mujeres entre 30-34 años y 67% de las mujeres entre 35-39 años) hasta una media de 5,2 años. Estas mujeres refirieron que se vieron obligadas a aplazar la maternidad por motivos laborales, de conciliación laboral y económicos (31). Al ser la causa la precariedad laboral de nuestro país, este descenso en la fecundidad se conoce como “infertilidad estructural” (32). Es por esto, por lo que, si atendemos a la situación española, dentro del grupo de mujeres que accede a la maternidad subrogada por infertilidad podemos diferenciar dos perfiles: un primer perfil en el que se incluyen mujeres infértiles por alteraciones funcionales o estructurales y un segundo perfil en el que encontramos a las mujeres cuya causa de la infertilidad es el retraso en el acceso a la maternidad.

El descenso de las tasas de fertilidad hizo que aparecieran otras alternativas para formar una familia (32). La adopción supuso una solución para muchos padres españoles entre finales de los años 90 y 2004, siendo los destinos principales China, Rusia y Ucrania. Sin embargo, a partir del año 2005 la adopción de niños se vio mermada a causa de las políticas internacionales para la infancia y debido a que los países en los que se realizaban la mayor parte de las adopciones endurecieron las medidas para lograr dicha adopción y potenciaron la adopción nacional (33).

Las TRHA por estos motivos, por su avance científico y por el apoyo social que comenzaron a tener, se convirtieron en la alternativa más empleada. Hasta el punto de que más del 40% de las TRHA se llevan a cabo en España. También aumentaron los casos de maternidad subrogada a pesar de no ser legal en España, firmando sobre todo contratos con mujeres gestantes de Estados Unidos y Ucrania. No existen datos oficiales al no existir un registro por no ser una práctica legal, pero se estima que en 2013 1400 familias tuvieron un hijo con esta técnica y 12 agencias abrieron en nuestro país (32).

Legislación y maternidad subrogada

La regularización de la maternidad subrogada en España se encuentra recogida en la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida. En el artículo 10 se establece que se declara nulo el contrato de maternidad subrogada, ya sea esta altruista o remunerada, y que la filiación de los niño/as nacidos por subrogación se determinará por nacimiento o parto (7,8).

Como explicamos anteriormente no existe una prohibición expresa en la legislación española de la maternidad subrogada, sino que únicamente no se reconocen los contratos. El hecho de que la subrogación, se encuentra en una situación de “alegalidad” y no prohibición, hace que aparezcan problemas de filiación del recién nacido. Muchas parejas viajan libremente al extranjero con ayuda de las agencias para llevar a cabo el proceso. A su vuelta a España esperan que la filiación sea reconocida a su favor al prevalecer el derecho del niño a tener padres, nacionalidad e identidad, sobre la nulidad del contrato. Esta falta de regulación está llevando a que cada caso se resuelva de una manera diferente, ya que existen diferentes posicionamientos entre diversos organismos estatales, propiciando así inseguridad jurídica para las partes afectadas. El principal ejemplo de ello fue un caso de subrogación en el que tras numerosas disputas entre diferentes organismos se tuvo que pronunciar por primera vez el Tribunal Supremo, denegando la inscripción de los niños y dando como opción de filiación la adopción (7,34).

Este vacío legal sigue en debate, como pudimos ver en el año 2016 cuando se intentó impulsar una ley sobre maternidad subrogada en España. Sin embargo, no se ha encontrado a fecha de hoy una solución (8).

2. Justificación y objetivos

Los casos de solicitud de adopción y de técnicas TRHA han aumentado considerablemente en los últimos años. Entre ellos, la maternidad subrogada ha suscitado especial interés a nivel internacional y nacional. Las controversias legales vinculadas a este procedimiento, así como los dilemas éticos o los problemas sanitarios que acarrearán están claros y ampliamente descritos en la literatura existente, principalmente lo que está vinculado a la mercantilización infantil y la explotación de la mujer gestante. También es posible acceder al análisis que entrañan los problemas legales derivados de la variedad de legislación existente en los diferentes países, y el turismo reproductivo que se genera como consecuencia, convirtiéndose en otro tema muy recurrente.

La mayor parte de la literatura que se centra en los padres comitentes, destacan las dificultades legales a las que se tienen que enfrentar, sobre todo, en los casos de maternidad subrogada transnacional. Muchos de ellos, también, describen las dificultades que tienen para acceder a métodos para formar una familia, como la adopción, y el perfil sociodemográfico que presentan los padres que optan por este método (comparándolo en muchas ocasiones con el de la madre gestante).

Las pocas investigaciones cualitativas existentes profundizan en las experiencias vividas por las madres gestantes. Se ha investigado, también, sobre los problemas biológicos y psicológicos que supone la maternidad subrogada en estas mujeres y los niños, sin llegar a una conclusión clara. Pero, muy pocos trabajos han tratado el proceso desde la vivencia que tienen por los padres sustitutos y su entorno.

El lugar de los profesionales tampoco ha sido explorado y la enfermería tiene un papel crucial en la adaptación de las personas a las transiciones vitales. Ser padres, en este complejo y controvertido proceso, supone un gran cambio en el que habría que profundizar.

Por todo esto, resulta necesario abordar en profundidad y comprender qué ocurre con la transición hacia la maternidad y la adquisición del rol en una pareja que se decide por la maternidad subrogada. Y que pueda visibilizar conflictos, afrontamientos dificultosos o barreras sobre las que se pueda trabajar desde el ámbito profesional.

Objetivo general: Conocer la experiencia de las personas que emplean la maternidad subrogada para formar una familia.

Objetivos específicos:

- Describir la construcción del rol de maternidad/paternidad que realizan los protagonistas que optan por la maternidad subrogada
- Analizar el proceso de adaptación al rol parental
- Describir la percepción del proceso legal y social experimentadas por los protagonistas del proceso
- Conocer la percepción de apoyo recibido durante el proceso de subrogación por los profesionales de la salud

3. Metodología

3.1. Diseño de estudio

El objetivo de nuestra investigación es conocer cómo viven el proceso de subrogación los padres comitentes. Para lograr este propósito, realizaremos un estudio de naturaleza cualitativa debido a que el fenómeno en el que queremos profundizar es subjetivo y complejo, por tanto, no cuantificable. La investigación cualitativa nos permite profundizar desde un punto de vista holístico en nuestro objeto de estudio (35).

El proyecto de investigación que vamos a desarrollar es de tipo descriptivo, ya que lo que se pretende con el mismo es documentar la vivencia de la maternidad subrogada desde el punto de vista de los padres sustitutos atendiendo a los problemas a los que se enfrentaron, al significado que dan al rol parental y el proceso de adaptación a este y el apoyo que percibieron por parte de los profesionales de la salud (36).

El interaccionismo simbólico postula que las personas a través de la interacción social crean significados que atribuyen a las cosas. Asienta sus bases en torno a tres principios: a) en función de los significados atribuidos las personas actuarán de diferente forma, b) los significados parten de la interacción social, c) estos significados no son estáticos, cambian a través de un proceso de interpretación que se ve afectado por el contexto en el que se encuentran (37).

Dentro de los diferentes marcos teóricos existentes, este es el que mejor se ajusta a nuestro objetivo, ya que estamos estudiando un fenómeno muy influido por su propia construcción social, lo que afecta a los significados que atribuyen a la subrogación.

3.2. Ámbito de estudio, población y muestra

La población de estudio serán personas que hayan optado por la maternidad subrogada como técnica de reproducción asistida para formar una familia en la Comunidad de Madrid. Las familias seleccionadas responderán a tipos diferentes de modelos familiares: homoparentales, heteroparentales y monoparentales, por ser las más comunes.

Los criterios de inclusión y exclusión que se tendrán en cuenta son:

Criterios de inclusión:

- Haber utilizado la maternidad subrogada gestacional, es decir, la madre gestante no habrá aportado material genético.
- Los hijos nacidos por maternidad subrogada sean menores de 18 años y convivan con los padres comitentes. De esta manera nos aseguramos de que el proceso de subrogación haya sido recientemente y así evitar el proceso vivido de desvinculación de los hijos y, también, sesgos de memoria.
- Tras haber leído el consentimiento informado, deciden participar en el estudio.
- Hablen español para que sea viable la recogida de datos.

Criterios de exclusión

- Personas residentes en España en cuyo país de origen sea legal la maternidad subrogada.
- Residencia de la familia en el país en el momento que se llevó a cabo el proceso de maternidad subrogada.
- Ser atendidos por sanidad privada en España.

Criterios de selección muestral

Con la intención de tener en cuenta la variabilidad que pueda existir en los discursos que nos proporcionan las diferentes familias, se han tenido en cuenta inicialmente 3 criterios de selección de la muestra:

- **Modelo de familia.** La elección de esta variable se debe a que según un estudio australiano el apoyo que reciben, por parte de familiares y amigos cercanos, las familias homoparentales y heteroparentales, a la hora de realizar maternidad subrogada transnacional, era fuerte y mucho mayor que el recibido por parte de las familias monoparentales (38). Sin embargo, debemos tener en cuenta que este estudio se realiza en un contexto en el que la maternidad subrogada altruista es legal y, por lo tanto, está más normalizado el proceso. Por otro lado, las parejas homosexuales frente a las heterosexuales, al ser una minoría, pueden estar expuestos a un mayor estigma social que afecte a su bienestar (39).
- **Motivaciones de la madre gestante (altruista o comercial).** Es necesario tener en cuenta esta variable debido a que los estudios que analizan las cuestiones éticas que rodean a la maternidad subrogada coinciden en que el modelo altruista implica

menos explotación de la mujer y mercantilización de bebés, al no existir compensación económica.

- **Relación con la madre gestante.** Está descrito en la literatura que la relación que se establece entre la madre gestante y los futuros padres puede afectar al bienestar psicológico de las madres sustitutas (16).

Como hemos comentado, el proceso de subrogación puede conllevar problemas legales relacionados con la filiación. Por tanto, si este proceso ya es conocido, porque ya tienen un hijo nacido por maternidad subrogada, será más sencillo. Es por ello por lo que el número de hijos será un criterio muestral de análisis, es decir, si al analizar los discursos de las familias observamos que influye de alguna manera en el proceso podría pasar a considerarse un criterio muestral.

Tabla 2: Criterios de selección muestral.

MODELO DE FAMILIA	MOTIVACIÓN DE LA MADRE GESTANTE	RELACIÓN CON LA MADRE GESTANTE
Familia monoparental	Altruista	Sí
	Comercial	No
Familia homoparental	Altruista	Sí
	Comercial	No
Familia heteroparental	Altruista	Sí
	Comercial	No

Fuente: Elaboración propia

3.3. Muestreo y recogida de datos

Se realizará un muestreo intencional, el cual puede evolucionar, ya que no se trata de un proceso estricto, sino que es flexible, circular y reflexivo. Las investigadoras durante el

proceso pueden ampliar la muestra o encontrar nuevos puntos a estudiar y considerar como criterio de muestreo (37).

El muestreo será acumulativo y secuencial, esto implica que la muestra se seleccionará hasta alcanzar información suficiente para responder a los objetivos planteados, saturación del discurso (37). El límite del tamaño muestral estará determinado por estos, criterio de saturación de los datos, es decir, no se establecerá a priori sino que cuando no se obtenga nueva información ni se añadan nuevos aspectos a los datos anteriores se considerará que se ha alcanzado la saturación de la información (37,40).

Para su selección se empleará en primer lugar un muestreo teórico con la captación intencional de familias en términos de factibilidad, posteriormente recurriremos a la técnica de muestreo denominada “bola de nieve”, consiste en que una vez que se consigue a los primeros informantes, estos nos llevarán a otro, y así sucesivamente hasta alcanzar la saturación de los datos (41). Esta técnica para la selección de la muestra se realiza normalmente cuando existe cierta dificultad en la accesibilidad a los datos (37). La razón por la que se ha escogido esta forma de muestreo es debido a la ilegalidad de esta práctica en España, hace suponer que habrá dificultades para captar y recoger los datos con estos informantes.

3.4. Captación

La captación se realizará a través de algunas de las asociaciones de maternidad subrogada existentes en España: Asociación por la Gestación Subrogada en España, Asociación Padres por la Gestación subrogada, Son Nuestros Hijos Asociación, Asociación de Gestación Reproductiva Asistida. Todas ellas están formadas y dirigidas por personas que han empleado la subrogación. Se contactará con ellos y se presentará el proyecto con la intención de que nos pongan en contacto con alguna familia que esté dispuesta a participar. Una vez tengamos los primeros informantes se utilizará la estrategia de bola de nieve mediante la solicitud de contacto con otras familias conocidas por estas primeras, y que hayan utilizado la maternidad subrogada para formar una familia.

Se les contactará para informarles sobre el estudio, solicitar su colaboración y acordar el momento y el espacio para la recogida de datos. También se resolverán las dudas que puedan tener y se les entregará el consentimiento informado (Anexo 2).

3.5. Recogida de datos

La recogida de datos se realizará mediante “Historia de vida”. Esta técnica es definida como:

“Técnica de investigación que persigue generar la narración de la vida de una persona, de la manera más completa y profunda posible, normalmente mediante una serie de entrevistas en profundidad, para mediante su análisis e interpretación llegar a comprender la realidad social de todo un colectivo o situación del que el sujeto de la historia de vida sería en algún sentido un miembro representativo” (35, página 104)

El objetivo que persigue esta técnica no es conocer un hecho puntual de la vida de una persona sino más bien recorrer mediante la narrativa la historia de la vida de esa persona. Es importante tener en cuenta que lo que nos interesa es conocer los significados que otorga la persona al proceso, es decir, no tanto la narrativa sino lo que subyace (Ej.: las razones que llevan al sujeto a incidir en ciertos aspectos) (35).

Para ello, como se explica en la definición, se emplean entrevistas en profundidad (35). Estas entrevistas se realizarán entre el investigador y las figuras parentales que conforman la familia.

A lo largo del proceso de investigación, se realizarán numerosas entrevistas en profundidad. Aunque estas entrevistas siguen un orden natural, relacionado con el orden cronológico de la historia de vida, debemos tener en cuenta que al tratarse de un estudio cualitativo este no es estricto ni lineal, sino que experimenta avances y retrocesos y está siempre sometido a un proceso de retroalimentación (35).

Posteriormente se iniciará el proceso de entrevistas. Para ello hay que fijar con el informante cuándo se realizarán las entrevistas y cuánto durarán teniendo en cuenta siempre su disponibilidad. Informaremos también de que no existirá ningún tipo de compensación económica. Se grabarán en sistema de audio, ya que nos permite transcripciones fidedignas de los discursos. Siempre la grabación se realizará con previa petición de consentimiento. Por nuestra parte, dispondrán de libre elección del lugar donde se desarrollará la entrevista, consideramos que su domicilio podría ser un buen ambiente al ser familiar y cómodo para ellos (35).

Son los informantes quienes guiarán la historia. Sin embargo, tendremos preparado un guion de entrevista (Anexo 3), que servirá para incidir en los aspectos clave que dan respuesta a los objetivos del estudio, cuando el sujeto no profundice en los mismos (35).

3.6. Análisis de los datos

Los estudios cualitativos no tienen una estructura fija, unas fases lineales, por lo que las fases de recogida de información y análisis de datos se van a desarrollar al mismo tiempo, ya que al analizar los primeros datos que obtengamos en las diversas entrevistas podremos observar en qué puntos se debe mejorar o profundizar en las que se realicen a posteriori. Existe una retroalimentación constante del diseño del estudio (37).

Se realizará la transcripción literal de todas las entrevistas, y estas se realizarán de manera naturalista, es decir, que se transcribirá tanto el lenguaje verbal como no verbal (silencios, tono de voz, pausas, etc.). De esta forma nos aseguramos no perder información que puede ser clave. El audio se reproducirá varias veces para poder corregir los errores de transcripción de las investigadoras. Con el fin de que conozca el fenómeno en su esencia, es necesario que el investigador deje de lado cualquier tipo de prejuicio que pueda distorsionarlo (35,37).

Una vez transcrita toda la información recogida durante las entrevistas, llega el momento de ordenarla para hacer la lectura, “corpus textual” (37).

Según los autores Taylor y Bogdan, el proceso de análisis de los datos consta de tres fases: descubrimiento, codificación y relativización de los datos, que serán los que seguiremos en este trabajo (35).

La fase de descubrimiento o preanálisis consiste en la lectura de las transcripciones de los discursos prestando especial atención para familiarizarnos con los datos y poder elaborar intuiciones preanalíticas. Es necesario varias lecturas, permitiéndonos la primera destacar los temas tratados y las siguientes comprender lo que nos quieren transmitir los informantes (los porqués) (35,37).

La segunda fase es la codificación o fase de análisis. En este momento debemos agrupar los datos en función de las temáticas tratadas. Para ello, en primer lugar, se identifican las citas, que son aquellas partes del texto en las que se tratan aspectos de interés para nuestra investigación. Posteriormente, codificaremos estas citas formando códigos, consiste en

una breve descripción, de una o varias palabras, de lo que se trata en la cita. Estos códigos serán agrupados en categorías y estas pueden seguir juntándose, creando categorías superiores. Al final tendremos todo el texto dividido por categorías. Por último, se debe profundizar en la asociación que existe entre las diferentes categorías, para así poder entender los diversos significados y crear un marco explicativo (35,37).

La última fase del proceso es la de relativización, verificación y contraste de los hallazgos y creación del marco explicativo definitivo. En esta fase se comparará el marco explicativo creado con el corpus textual para asegurarnos de que tras la codificación no se han alterado los datos y que, por tanto, los resultados que se han obtenido siguen partiendo de este. Es decir, que han sido interpretados teniendo en cuenta el contexto inicial. Puede ser que tras la comparación y la última lectura el marco explicativo precise ciertas modificaciones, pero ya hemos dicho que no es un proceso del todo lineal y que en ocasiones puede ser necesario retroceder. Cuando todo esto se haya hecho se creará el informe de los resultados (35,37).

Por todo esto, se trata de una metodología inductiva, ya que partimos de la experiencia de nuestros informantes para sacar hipótesis o teorías.

3.7. Cronograma

Tabla 3: Cronograma del Proyecto de Investigación.

ETAPAS	TIEMPO EN MESES (2020/2021)												
	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Planificación													
Elección del tema	X												
Revisión bibliográfica		X	X										
Elaboración del proyecto			X	X	X	X							
Presentación y aprobación del estudio						X							
Organización													
Formación y adiestramiento de las investigadoras			X	X	X	X	X						
Contacto con asociaciones y familias							X	X					
Aceptación de los permisos								X					
Ejecución													
Recogida de datos (historia de vida)									X	X			
Transcripción y Análisis de los datos									X	X	X		
Informe final												X	X

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de Medina García et al. (42)

3.9. Limitaciones del estudio

En este estudio podemos encontrar las siguientes limitaciones: (43)

- Acceso a la muestra: nuestro acceso a la muestra del estudio depende del permiso de asociaciones, ya que serán ellas quienes nos pongan en contacto con los padres y madres. Por otro lado, teniendo en cuenta la situación epidemiológica, concertar citas presenciales con los informantes puede ser una limitación, si hubiera que hacerlas telemáticas podría pasar desapercibida cierta información relevante. Si el acceso a estas familias nos es denegado por parte de las asociaciones, recurriremos a las redes sociales, ya que existe numerosa difusión a través de perfiles gestionados por familias que han utilizado la maternidad subrogada.
- Subjetividad de las investigadoras: la investigación cualitativa parte de la comprensión y aceptación de la subjetividad en los informantes (familias) y las investigadoras. Para ello ambas investigadoras revisarán y analizarán

conjuntamente los discursos con el objetivo de que se produzca la menor desviación posible de la realidad (proceso de triangulación) (37).

- Efectos longitudinales: a pesar de haber realizado un cronograma, es posible que el tiempo estimado para la realización de la investigación no sea suficiente. Una causa puede ser la necesidad de más tiempo para alcanzar la saturación de los datos o que se requiera más tiempo para seleccionar a los informantes.
- Falta de estudios previos de investigación: la maternidad subrogada es un fenómeno estudiado a nivel internacional, pero no lo es tanto a nivel nacional. Además, la perspectiva de los padres y madres comitentes apenas ha sido investigada, por lo que supone una limitación para nuestro estudio con muy pocos estudios de referencia de los que partir.

4. Criterios éticos y de calidad

4.1. Criterios éticos

El Informe Belmont estableció los tres principios éticos básicos que toda investigación debe cumplir: (36)

- Respeto por las personas: respetar la autonomía de todas las personas y, también, la de los más vulnerables (36). Para asegurarnos de cumplir este principio es necesario realizar un consentimiento informado. Con este documento podemos garantizar que la persona ha recibido y comprendido la información dada (naturaleza, propósito, riesgos y beneficios, confidencialidad) y que a través de su firma accede a participar en la investigación de forma voluntaria tras un tiempo de reflexión. Se protegerá la intimidad de los informantes, se mantendrá el anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados, se anonimizarán todos los datos relativos a filiación de las entrevistas y serán custodiadas las grabaciones y transcripciones por las investigadoras (35,36).
- Beneficencia: buscar el mayor bien y minimizar el daño producido a la persona (39). Con el fin de aplicar este principio realizaremos un análisis de los riesgos y beneficios. Nuestra investigación va encaminada a generar conocimiento relevante y beneficioso para los participantes (35,36).
- Justicia: actuación justa y reparto equitativo de los beneficios/riesgos ocasionados por el estudio entre los informantes. Debe haber una selección equitativa de los

sujetos, debemos evitar cualquier tipo de discriminación o exclusión (35,37). Para ello establecemos, previo a la selección de la muestra, unos criterios de inclusión y exclusión que cumpliremos sin ninguna excepción.

Posteriormente, se amplió con el principio de No maleficencia. Este consiste en no producir mal o daño a los informantes, es decir, se deben conocer los riesgos para poder prevenirlos. El lenguaje empleado por las investigadoras y el análisis de los datos obtenidos puede ocasionar daño emocional, con el fin de evitarlo se fomentará la participación de los informantes respetando su identidad y derechos, se indicará nuestro papel como investigadoras y se analizará la información de la forma más imparcial posible (35,37).

Ezekiel Emanuel amplió esta clasificación describiendo siete principios éticos básicos: interés científico y social, validez científica, selección justa de los participantes, razón beneficio-riesgo favorable, evaluación independiente, respeto a los participantes y consentimiento informado (37).

- Validez científica: emplear una metodología que permita alcanzar los objetivos. Con las historias de vida podremos conocer las experiencias de las familias en el proceso de subrogación. Los resultados en investigación cualitativa no permiten obtener generalizaciones, sin embargo, los resultados que obtengamos deben ser extrapolables a casos y contextos similares (37).
- Evaluación independiente: evaluación y aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) (37).

4.2. Criterios de calidad

Toda investigación tiene como objetivo generar conocimiento. Sin embargo, para que este sea válido debe haber sido obtenido a través de una correcta metodología (37). Para asegurarnos de ello, existen una serie de criterios de calidad, descritos por Calderón (2009) (35,37):

- Adecuación metodológica y teórico-epistemológica. Este criterio hace referencia a la idoneidad del enfoque cualitativo elegido para poder conocer aquello que se pretende investigar y, por tanto, si se adecuaba a la pregunta y a los objetivos

planteados (35,37). En esta misma línea, plantea si la metodología, en nuestro caso historia de vida, es la más adecuada para llevar a cabo la investigación.

- Relevancia. Este criterio lo podemos entender de dos maneras diferentes, en primer lugar, como la posibilidad de que el conocimiento generado sea transferible y aplicable a otros contextos similares. En segundo lugar, como la trascendencia que tiene, en cuanto a lo novedoso que resulta el conocimiento nuevo generado (37).
- Validez. La validez hace referencia a la veracidad, esto quiere decir que si se desarrollara la misma investigación en un contexto similar se obtendrían resultados similares, por lo tanto, se relaciona con la posibilidad de que los resultados obtenidos sean evaluados (37).
- Reflexividad: En este caso, nos centramos en cómo nosotras, como investigadoras, y nuestras experiencias y conocimientos previos, influimos en la investigación. Tanto es así, que es necesario que se expongan nuestras ideas preconcebidas para que puedan ser tenidas en consideración (35).

5. Conclusión y futuras líneas de investigación

La maternidad subrogada es una técnica reproductiva que como hemos visto ha evolucionado mucho en los últimos años, siendo cada vez más utilizada. Nuestro estudio va a permitir conocer en profundidad la realidad de los padres comitentes, en muchas ocasiones invisibilizada, al tratarse de un tema tabú incluso en las propias familias. Este autoestigma puede provocar una transición dificultosa hacia la maternidad y paternidad y es ahí donde las enfermeras deben desempeñar su rol.

Cuidar a estas familias supone un reto para la enfermería, por tratarse de un fenómeno complejo y que, por tanto, puede influir en la calidad de los cuidados que reciban. A través de este estudio conoceremos cuáles son las necesidades de este grupo vulnerable sirviéndonos de orientación para la formación de profesionales sanitarios y la creación de guías de práctica clínica y protocolos de actuación.

5.1 Implicaciones para la práctica clínica

De cara a poder comprender de forma completa el fenómeno de estudio es necesario investigar otros aspectos relevantes que no están incluidos en nuestros objetivos. Por ello, proponemos como futuras líneas de investigación cualitativa explorar la vivencia de otros componentes que forman parte de este fenómeno, que son:

- Su entorno más cercano, como la familia o los amigos, para profundizar en la aceptación social de estas familias.
- Aquellos niños, nacidos por maternidad subrogada, que sienten la necesidad de investigar sobre su origen. Con el objetivo de conocer las implicaciones psicosociales que este proceso puede tener sobre los niños.
- Los profesionales encargados del seguimiento de estas familias para poder identificar las áreas de mejora en la atención proporcionada. Aunque en este estudio se analice la percepción que tienen las madres y padres sobre los profesionales no es lo mismo que acceder a su propio discurso de forma directa.

6. Agradecimientos

Quisiéramos destacar nuestro agradecimiento a Ana Palmar, nuestra tutora, por su implicación. Su ayuda y aportación de conocimientos nos ha resultado crucial para el desarrollo del trabajo.

También, nos gustaría agradecer el apoyo recibido por parte de nuestros amigos del grado de Enfermería, ellos nos han apoyado y motivado a lo largo de todo el proceso.

Por último, nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a la Universidad Autónoma de Madrid por permitirnos realizar el trabajo de forma conjunta. A lo largo de todo el proceso de elaboración nos hemos ayudado y confiado la una de la otra, facilitando así el desarrollo del proyecto.

7. Bibliografía

1. Infertility [Internet]. World Health Organization: 2021 [Cited 2020 Jan 11]. Available from: https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1
2. González Gerpe D. Gestación Subrogada: aspectos psico-sociales. Dilemata. Ago 2018; 28:21-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6694791>
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel S. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [consultado el 12 ene 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/
4. Diest Pina P. Una visión global de la maternidad subrogada para enfermería. Ética de los cuidados. May 2019;12:e12284. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e12284/e12284>
5. Campos Herrero MA, Conde Álvarez M, Hortigüela Cámara E, López Cadenas A, Val Peón L. Maternidad subrogada: análisis de la situación ético-legal. Matronas hoy. Mar 2019;7(1):41-6
6. Joseph RA, Rafanello AM, Morris CJ, Fleming KF. Surrogacy: Pathway to Parenthood. Neonatal Netw. 2018;37(1):19-23. DOI: 10.1891/0730-0832.37.1.19
7. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada. 2017. 93p. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf
8. Aznar J, Martínez Peris M. Gestational Surrogacy: Current View. Linacre Q. Feb 2019;86(1):56-67. DOI: 10.1177/0024363919830840.
9. Gianaroli L, Ferraretti AP, Magli MC, Sgargi S. Current regulatory arrangements for assisted conceptions treatment in European countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Dec 2016;207:211-3. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.002
10. Igareda González N. Legal and ethical issues in cross-border gestational surrogacy. F S Rep. May 2020;113(5):916-9. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.03.003
11. Gezinski LB, Karandikar S, A Levitt A, Ghaffarian R. "We want to offer you peace of mind": Marketing of transnational commercial surrogacy services to intended parents. Health Marketing Quarterly. 2017; 34(4): 302-14. DOI:10.1080/07359683.2017.1375244
12. Guerra Palmero MJ. Contra la llamada gestación subrogada. Derechos humanos y justicia global versus bioética neoliberal. Gac Sanit. Dic 2017;31(6):535-8. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.05.009

13. Jacobson H. Cross-border reproductive care in USA: Who comes, why do they come, what do they purchase. *Reprod Biomed Soc Online*. Nov 2020;11:42-7. DOI: 10.1016/j.rbms.2020.09.003
14. American Society for Reproductive Medicine. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017;107(2):3-10. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.11.007
15. Afrikawala AN, Kapadia S. Women's control over decision to participate in surrogacy. *Bioethical Inquiry*. Aug 2019;16:501-14. DOI: 10.1007/s11673-019-09931-3
16. Shaley C, Moreno A, Eyal H, Leibel M, Schuz R, Eldar-Geva T. Ethics and regulation of inter-country medically assisted reproduction: a call for action. *Isr J Healthy Policy Res*. 2016;5(59): 1-12. DOI: 10.1186/s13584-016-0117-0.
17. Swanson K, Ayala NK, Barnes RB, Desai N, Miller M, Yee LM. Understanding gestational surrogacy in the United States: a primer for obstetrician and gynecologists. *AJOG*. 2020; 222(4):330-337. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.01.037
18. Hovav A. Cutting out the surrogate: Caesarean sections in the Mexican surrogacy industry. *Social Science & Medicine*. 2020;256. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113063
19. Servicios [Internet]. BioTexCom Center for human reproduction. [Consultado 20 Mar 2021]. Disponible en: <https://biotexcom.es/servicios/>
20. Maternidad subrogada [Internet]. FESKOV Human Reproduction Group. [Consultado 20 Mar 2021]. Disponible en: <https://maternidad-subrogada-centro.es/maternidad-subrogada.html>
21. Montero M. Un centenar de personas protesta en Madrid contra la feria de gestación subrogada. *El País* [Internet]. 2017 [consultado 20 Mar 2021]. Disponible en: https://elpais.com/ccaa/2017/05/06/madrid/1494080523_936896.html
22. Patel NH, Jadeja YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Insight into different aspects of surrogacy practices. *J Hum Reprod Sci*. 2018; 11(3): 212-8. DOI: [10.4103/jhrs.JHRS_138_17](https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_138_17)
23. Simopoulou M, Sfakianoudis K, Tsioulou P, Rapani A, Anifandis G, Pantou A, Bolaris S, Bakas P, Deligeoroglou E, Pantos K, Koutsilieris M. Risks in surrogacy Considering the Embryo: From the preimplantation to the Gestational and Neonatal Period. *Biomed Res Int*. 2018: e6287507. DOI: 10.1155/2018/6287507 <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/6287507/#introduction>
24. Walker R, Van Zyl L. Surrogate Motherhood and Abortion for Fetal Abnormality. *Bioethics*. 2015; 29(5):529-35. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bioe.12157>
25. Aparisi Miralles A. Maternidad subrogada y dignidad de la mujer. *Cuadernos de bioética*. Mar 2017;28(93):163-176. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/163.pdf>
26. Jadv V. Postdelivery adjustment of gestational carriers, intended parents and their children. *Fertil Steril*. 2020; 113(5): 903-7. DOI:10.1016/j.fertnstert.2020.03.010

27. Lamba N, Jadvá V, Kadam K, Golombok S. The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human reproduction*. 2018; 33(4): 646-53. DOI: 10.1093/humrep/dey048
28. Yee S, Librach CL. Analysis of gestational subrogates' birthing experiences and relationships with intended parents during pregnancy and post-birth. *Birth*. 2019;46:628-37. DOI: 10.1111/birt.12450.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12450>
29. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos Año 2016. Instituto Nacional de Estadística: 2017.
30. International Data [Internet]. Population Reference Bureau: 2020 [cited 25 Apr 2021]. Available from: <https://www.prb.org/international/indicator/fertility/snapshot/>
31. International Data [Internet]. Population Reference Bureau: 2020 [cited 25 Apr 2021]. Available from: <https://www.prb.org/international/indicator/fertility/snapshot/>
32. Marre D, San Román B, Guerra D. On reproductive Work in Spain: Transnational Adoption, Egg donation, Surrogacy. *Med Anthropol*. 2017;37(2):158-73. DOI: 10.1080/01459740.2017.1361947
33. Rodríguez-Jaume MJ, Jareño Ruiz D. Estigma social y adopción internacional en España. ¿Es la familia adoptiva un modelo familiar menos "auténtico" que los basados en lazos biológicos?. *Papers*. 2015; 100(2):211-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.2070>
34. Valero Heredia A. La maternidad subrogada: un asunto de derechos fundamentales. *Teoría y realidad constitucional*. 2019;(43):421-40. DOI: 10.5944/trc.43.2019.24433
35. Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa en salud. 1ª Ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2019.
36. Lumbreras B, Ronda B, Ruiz-Cantero MT. Cómo elaborar un proyecto en ciencias de la salud. 1ª Ed. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2018.
37. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1ª Ed. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
38. Hammarberg K, Stafford-Bell M, Everingham S. Intended parents' motivations and information and support needs when seeking extraterritorial compensated surrogacy. *RBM Online* [Internet] 2015 [Consultado 18 Mar 2021]; 31(5): 689-96. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1472648315004162?via%3Dihub>.
39. Van Rijn-van Gelderen L, Bos HWM, Jorgensen TD, Ellis-Davies K, Winstanley A, Golombok S, Rubio B, Gross M, Vecho O, Lamb ME. Wellbeing of gay fathers

- with children born through surrogacy: a comparison with lesbian-mother families and heterosexual IVF parent-families. *Human Reproduction*. 2018; 33(1): 101-8. DOI:10.1093/humrep/dex339.
40. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutierrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa. 1ªEd. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2014
 41. Serrano Gallardo P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. 1ª Ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE, SL); 2019
 42. Medina García J, Martínez Casas JM, Gómez Urquiza JL. Diseño y elaboración del proyecto de investigación clínica para profesionales de ciencias de la salud. *Enferm Cardiol*. 2015; Año XXII(64):73-79. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/64_01.pdf
 43. Avello Martínez R, Rodríguez Monteagudo MA, Rodríguez Monteagudo P, Sosa López Dm Companioni Turiño B, Rodríguez Cubela RL. ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio? *Medisur*. 2019;17(1): 10-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100010#:~:text=Falta%20de%20datos%20disponibles%20y,tendencia%2C%20generalizaci%C3%B3n%20o%20relaci%C3%B3n%20significativa
 44. Aguilar P, Lacosta JL, Las Heras A, Montero J, Negrete R, Ochoa J, Perez-Arados MC, Ramirez R, San Martín B. Elaboración del consentimiento informado [Internet]. Rioja Salud: [consultado 22 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/elaboracion-del-consentimiento-informado>

8. Anexos

ANEXO 1: Regulación y características de la maternidad subrogada en determinados países.

País	Situación de la MS	Características
Ucrania	Comercial	Prohibido para parejas homosexuales. La madre gestante no puede reclamar si no aporta material genético. Si hay desacuerdo entre ambas partes el menor va a un centro de acogida. La mujer debe demostrar su infertilidad.
México	No existe legislación única	Permitida de forma comercial en Tabasco y Sinaloa, solo a ciudadanos mexicanos y parejas heterosexuales. En los estados en los que se permite la forma altruista deben demostrar su infertilidad. Prohibida en otros estados.
Rusia	Comercial	Permitida para familias heteroparentales y mujeres solteras. Solo subrogación gestacional.
EE.UU.	No existe legislación única	Se permite la modalidad comercial y no se restringe por orientación sexual o nacionalidad. Ej.: Nevada, California, Washington. Prohibida en estados como Arizona entre otros. Permitida la modalidad altruista en algunos estados. Ej.: Louisiana (solo parejas heterosexuales) o Virginia.
Tailandia	Altruista	Únicamente pueden acceder parejas heterosexuales. Uno de los dos padres comitentes debe ser tailandés.
India	Altruista	No se permite el acceso a extranjeros ni a homosexuales.
Reino Unido	Altruista	Solo se permite a residentes de Reino Unido. Al nacimiento la maternidad la asume la madre gestante, puede decidir quedarse con el menor. Los comitentes tienen un periodo de 6 meses para solicitar la maternidad/paternidad o adopción.
Grecia	Altruista	Solo para parejas heterosexuales y mujeres solteras. Deben demostrar infertilidad. No está permitida la subrogación tradicional. Previo al nacimiento se debe acordar la entrega.

Australia	Altruista	Regulación similar a la de Reino Unido con excepciones: no se permite acceso a parejas homosexuales, ni a personas solteras.
Canadá	Altruista	Excepto en Quebec que está prohibida. Permitida para extranjeros y personas de cualquier orientación sexual.
Francia	Prohibida	Prisión y multa para padres comitentes, intermediarios y clínicas.
Alemania	Prohibida	Prisión y multa para las clínicas.
España	Prohibida	No está penada.
Suiza	Prohibida	Penado por ley para padres comitentes e intermediarios.
Otros países europeos	Prohibida	Austria, Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Italia, Malta, Noruega, Suecia.
Bélgica	No regulada	Tolerada la forma altruista al no existir legislación específica.
Brasil	No regulada	No existe legislación específica.

Fuente: Elaboración propia a partir de los trabajos de Campos Herreros et al., Aznar et al. y Gezinski et al. (5,8,11)

ANEXO 2: Hoja informativa y Consentimiento Informado (44)

I. Hoja informativa sobre la investigación

Este proyecto de investigación “Experiencia de padres y madres comitentes en la maternidad subrogada: un abordaje cualitativo” tiene como objetivo principal conocer cómo viven la experiencia de formar una familia mediante maternidad subrogada, como usted lo ha hecho. Este estudio permitirá a las investigadoras profundizar sobre las dificultades legales y sociales a las que se ha tenido que enfrentar a lo largo de todo el proceso y continúa haciéndolo todavía hoy en día. Permitiendo así, aumentar la comprensión de su situación.

Este estudio se realizará en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Para su realización, las investigadoras entrevistarán a los participantes durante los meses de septiembre y octubre y tendrán una duración aproximada de 1h. Usted podrá decidir dónde y cuándo se realizarán dichas entrevistas, ya que entendemos que su tiempo es valioso. Las entrevistas serán grabadas con un sistema de audio. Se mantendrá su anonimato como el de su familia en todo momento y se transcribirán de forma literal sus palabras sin realizar juicios de valor. Una vez acabe la investigación podrá tener acceso a la transcripción antes de su publicación.

No existirá ningún tipo de compensación económica por su participación en la investigación.

Después de la lectura de este documento podrá realizar las cuestiones y solicitar las aclaraciones que desee a las investigadoras. Una vez firmado el consentimiento informado, está en pleno derecho de abandonar la investigación en cualquier momento.

II. Consentimiento informado

Yo (Nombre y apellidos) con DNI declaro haber leído la “Hoja informativa sobre la investigación” y haber comprendido la información descrita en ella. Las investigadoras han respondido a mis preguntas de forma satisfactoria. Al firmar este documento consiento voluntariamente la participación en el proyecto de investigación “Experiencia de padres y madres

comitentes en la maternidad subrogada: un abordaje cualitativo”. Comprendo que tengo derecho a abandonar la investigación en cualquier momento sin penalización alguna.

En a de de

Firma:

Esther Miguel Delgado y Lucía López Uriarte, responsables de la investigación, declaramos haber explicado la naturaleza del proyecto de investigación y resuelto las dudas a la persona que participará en este. Confirmamos que ha dado su consentimiento de forma voluntaria y se ha entregado una copia a cada una de las partes.

En a de de

Firma investigadora 1:

Firma investigadora 2:

Rellenar en caso de abandono del estudio:

Yo (nombre y apellidos) con DNI declaro no querer continuar en el estudio “Experiencia de padres y madres comitentes en la maternidad subrogada: un abordaje cualitativo” conociendo que no sufriré penalización alguna, con la única obligación de firmar este apartado del documento.

En a de de

Firma:

ANEXO 3: Guion de entrevista

Construcción del rol parental:

- ¿Cuándo empezó el proceso de subrogación? ¿Siempre habíais tenido ese deseo?
- ¿Cómo os habéis sentido durante el proceso?
- ¿Qué pensasteis cuando tuvisteis al niño por primera vez?

Adaptación al rol parental:

- ¿Cómo vivisteis las primeras semanas con vuestro hijo/a en casa? ¿Qué sensaciones experimentasteis?
- ¿Creéis que tuvisteis dificultades para adaptaros?
- ¿Recibisteis algún apoyo durante estos primeros momentos?, ¿de quién?

Dificultades legales y entorno social:

- ¿Cómo vivisteis el proceso legal de filiación de vuestro hijo?
- ¿Habéis comunicado vuestro deseo de ser padres a través de la maternidad subrogada a vuestro entorno?, ¿y a vuestra familia?, ¿qué comentaron al respecto?
- Si los hijos son mayores, ¿habéis hablado con vuestros hijos?, ¿lo han comentado en su entorno?, ¿qué os cuentan?
- ¿Comunicáis siempre que vuestros hijos han nacido por este método?

Apoyo del personal sanitario:

- ¿Tuvisteis relación en este proceso con el personal sanitario?, ¿en qué sentido?
- ¿Solicitasteis apoyo e información?, ¿fue respondida o no?
- ¿En qué medida contasteis con ellos?, ¿qué tipo de preguntas les hicisteis?